

Benedict Martina

Synkope

Bedeutung

- Transitorischer, Sekunden bis Minuten dauernder Bewusstseinsverlust mit Verlust des Haltungstonus und spontaner Erholung.
- Innerhalb 10 Jahren hat fast jede(r) Fünfte eine Synkope [1].
- 3–5% aller Patienten auf Notfallstationen mit einer Hospitalisationsrate von 25–67% [1, 2].
- Prädiktoren für eine Hospitalisation [5]: kardiale Synkopen, Alter und soziale Unselbständigkeit, Komorbidität.

Ätiologie [1–5]

Unbekannt 13–41%

- Vasovagal (neurokardiogen) 19–47% (teils synonym: neurally mediated reflex syncope).
- Orthostase, Situationssynkopen, Karotis-Sinus-Syndrom.

Kardial 4–26%

- Arrhythmien ca. 18% (KT, SSS, AV-Block).
- Organische HK ca. 4% (AS, HOCM, schwere Herzinsuffizienz).
- LE, pulmonal-arterielle Hypertonie, Pacemaker-Dysfunktion.

Neurogen¹

- Epilepsie (ca. 5%), TIA/Insulte bis 10%.

Verschiedenes¹

- Metabolisch (Hyponatriämie, Hypoxie, Hyperventilation, Hypovolämie).
- Medikamentös-toxisch (Vasodilantien, Diuretika, Sedativa, Alkohol, Drogen).
- Psychogen (Hysterie).

Diagnostik (modifiziert nach [4])

Basisprogramm: Diagnosestellung in 50–74% der Fälle möglich. Anamnese (kardiale Synkope meist ohne Aura; bei vasovagalen Synkopen meist vegetative Symptome). Status, EKG, Orthostase-Test, evtl. Karotissinusmassage.

Verdacht auf neurokardiogene Synkope

Unklare Synkope ohne V. a. Herzerkrankung im Basisprogramm und bei erster Episode

Verdacht auf Herzerkrankung [1]

Verdacht auf LE

Verdacht auf neurogene Synkope [1]

Keine weiteren Abklärungen

Keine weitere Diagnostik

Echo, Ergometrie bei nach gewiesener HK: Holter, evtl. elektrophysiologische Untersuchung oder Herzkatheter

D-Dimere, ABGA, evtl. Lungen-Szintigraphie

EEG (Epilepsie); CT/MRI (Insulte) evtl. Karotis-Doppler (nur bei Verdacht auf bilaterale Karotistenose) bei rezidivierenden oder schweren Synkopen

Schellong-Test

- Vergleich von BD- und Herzfrequenz (HF) im Liegen und Stehen (nach 1, 3 und 5 Min.)
- Pathologisch falls BD-Abfall >20 mm Hg [1].
- BD-Abfall >20 mm Hg und:
 - HF-Anstieg >10/Min.: venöses Pooling ↑; autonomes Nervensystem normal – z.B. bei Varikosis, Medikamenten (Nitrate, Neuroleptika), Bettruhe, Schwangerschaft.
 - HF-Anstieg <10/Min.: venöses Pooling unverändert, autonome Neuropathie (z.B. Diabetes mellitus).
 - HF-Abfall: vasovagal, nach Sympathikusaktivierung.

Therapie

- Kardiale Synkope: Therapie der Grundkrankheit (KHK, Herzinsuffizienz, antiarrhythmisch, evtl. Pacemaker).
- Synkope unklarer Ätiologie: 1. Episode: keine Therapie; bei Rezidiven: primär weiter abklären (Langzeit-EKG).
- Therapieoptionen: situationsbezogen, Auslöser vermeidend; bei orthostatischer Synkope zusätzlich Versuch mit Flüssigkeit, evtl. Salzzufuhr, Kompressionsstrümpfe, evtl. Fludrocortison. Bei vasovagalen und Situationssynkopen keine gute Evidenz für Medikamente [1].

Prognose

- Ausgezeichnete Prognose bezüglich Morbidität und Mortalität bei Patienten <30 Jahren sowie bei Synkopen unbekannter und nicht-kardialer Ätiologie.
- Synkope per se ist nicht mit erhöhter Mortalität assoziiert.

¹ Symptome entsprechen meist nicht einer Synkope nach strenger Definition.

- Prognose abhängig von vorbestehenden Herzerkrankungen (vor allem Herzinsuffizienz) [3–5].
- 1-Jahres-Mortalität bei kardialen Synkopen 18–33% vs 0–12% bei nichtkardialen Synkopen. Besonders Patienten mit dilatativer Kardiomyopathie haben hohe Sudden-death-Rate [2–5].
- Rezidivrate bis 35% innert 3 Jahren, nicht assoziiert mit erhöhter Mortalität; höheres Rezidivrisiko bei älteren Patienten; Rezidivrate unabhängig von Ätiologie [1].
- Vasovagale Synkopen haben auch ohne Therapie eine normale Prognose quo ad vitam [1].
- Prädiktoren von ventrikulären Arrhythmien und Mortalität sind: Alter >45., St. n. Herzinsuffizienz, St. n. ventrikulären Arrhythmien, pathologisches EKG: 1-Jahres-Risiko 70%, wenn ≥ 3 Faktoren [1].

Information

- 1 Brignole M, et al. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. Eur Heart J. 2001;22:1256–306.
- 2 Wagner P, et al. Predictors of hospitalization in emergency department patients with syncope. Eur J Int Med. 2000;11:39–44.
- 3 Soteriades ES, et al. Incidence and prognosis of syncope. N Engl J Med. 2002;347:878–85.
- 4 Kapoor NW. Syncope. N Engl J Med. 2000;343:1856–62.
- 5 Colivicchi, et al. Development and prospective validation of a risk stratification system for patients with syncope in the emergency department: the OESIL risk score. Eur Heart J. 2003;24:811–9.

Prof. Dr. med. Benedict Martina
 Institut für Hausarztmedizin der Universität
 Petersgraben 4
 4031 Basel
 bmartina@uhbs.ch

BIST DU ES?

Wer hat den Morgentau
 in mich gelegt?
 Wer ist's, der diesen Duft
 ins Kühle webt?

Sanft steigt ein Erdgeruch
 in warmes Licht,
 ein Hauch weht zärtlich in
 mein Wintergesicht.

Woher ist dieses Lied,
 das aus den kahlen Bäumen klingt,
 die Kraft,
 die lachend in die Dinge dringt?

Schon ahnt man hier und dort
 ein helles Grün,
 und alles zittert angespannt,
 um aufzublühn.

Bist du es, Frühling,
 Herzensbieger?
 Du bist's! Und wieder ist's
 wie erstes Lieben.

Thomas Schweizer